

**List do Redakcji. Architektura szpitali psychiatrycznych – wybrane  
problemy istniejącego stanu infrastruktury**

**Letter to Editor. Psychiatric hospital architecture – selected problems  
of existing infrastructure**

Jakub Bił

Wydział Architektury i Sztuk Pięknych Krakowskiej Akademii  
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Wiele szpitali psychiatrycznych w Polsce zajmuje obiekty użytkowane od wielu lat i często objęte ochroną konserwatorską. Niektóre z nich przez cały okres istnienia nie były dostosowywane do zmieniających się wymagań dla obiektów służby zdrowia. Prace modernizacyjne nie były prowadzone pomimo przyjętej zasady, że czas życia obiektu szpitala powinien wynosić około 50 lat, z możliwością przedłużenia o kolejne 50 po wykonaniu generalnego remontu.

Badania naukowe z zakresu architektury koncentrujące się na środowisku zbudowanym szpitali pomijają lecznictwo psychiatryczne. Praktyka Evidence Based Design [1] zaadaptowała do procesu podejmowania decyzji projektowych zagadnienia związane z redukcją stresu, zadowoleniem pacjenta, rodziny i personelu oraz z warunków ich pobytu i pracy w szpitalu. Przyniosło to wymierne rezultaty w postaci redukcji błędów personelu, obniżenia poziomu stresu pacjentów, zmniejszenia ilości zakażeń egzogennych [2].

Kształtowanie środowiska szpitala psychiatrycznego ma odmienne priorytety terapeutyczne i wymaga wdrażania innych niż w pozostałych szpitalach sposobów opieki i dozoru chorego. Specyfika takiego szpitala wymaga również innych rozwiązań architektonicznych w skali całego obiektu, jak i poszczególnych oddziałów, wnętrz i ich wyposażenia.

Obiekt budowlany jest systemem powiązanych ze sobą czynników. Kształtują jego formę, determinują zastosowanie materiałów i wytworzenie odpowiedniego układu funkcjonalnego. Umożliwiają dostosowanie obiektu do określonego sposobu użytkowania. W warunkach hospitalizacji pacjenta w szpitalu psychiatrycznym, oprócz stresorów wynikających z samej jednostki lub jednostek chorobowych, duże znaczenie odgrywa środowisko zbudowane.

Obiekty, w jakich są zlokalizowane szpitale psychiatryczne, często są niedostosowane do wymagań związanych ze specyfiką takiego lecznictwa, co generuje znaczne

problemy podczas ich użytkowania. Obejmują one: agresywne i autoagresywne zachowania pacjentów, niepożądane zdarzenia na terenie oddziału, takie jak ucieczki, kradzieże, stosunki seksualne pomiędzy pacjentami, urazy pacjentów związane ze stanem istniejącym obiektów, także brak możliwości zapewnienia intymności, prywatności czy prawidłowej formy izolacji. Przyczynia się to do obniżenia jakości sprawowanej opieki nad pacjentem.

W wyniku wieloletniej eksploatacji obiektów, a także braku systematycznie przeprowadzanych remontów i modernizacji, wiele polskich szpitali psychiatrycznych jest w złym stanie technicznym oraz wykazuje szereg wad. Są to na przykład uszkodzenia izolacji poziomej, zniszczona stolarka okienna i drzwiowa, sanitariaty niedostosowane do obecnych przepisów, brak wind czy też nieprawidłowa topografia. Wiele z nich ma przechodnie sale chorych, co jest niedopuszczalne zarówno z punktu widzenia praktyki projektowania szpitali, jak i obecnie obowiązującego prawa [3].

Niewłaściwe zdefiniowanie przestrzeni, sposobu użytkowania pomieszczeń i relacji pomiędzy nimi w sposób znaczący utrudnia właściwe wykonywanie zadań terapeutycznych, diagnostycznych czy też zapewnienie bezpieczeństwa. Układ funkcjonalny obiektu może utrudniać lub uniemożliwiać wydzielenie odpowiedniej ilości pomieszczeń dla pacjentów, wobec których wymagane jest zastosowanie przymusu bezpośredniego. Pacjenci muszą pozostawać w salach do tego celu nie przeznaczonych. Znacznie utrudnia to kontrolę, możliwość zapewnienia bezpieczeństwa, jak i intymności oraz godności takiego pacjenta. Ze względu na brak miejsca w salach chorych, które bywają znacznie przepełnione, pacjenci zajmują korytarze, wnęki w korytarzach pierwotnie przeznaczone na strefy relaksu czy też pomieszczenia magazynowe. Ilość pacjentów, przekraczająca możliwości przestrzenne oddziału, generuje całe spektrum problemów, m.in. niemożność zapewnienia odpowiedniego dostępu do łóżek, zagwarantowania intymności, minimalnej przestrzeni prywatnej, oddzielenia pacjentów w manii czy psychozie od pozostałych, zapewnienia odpowiedniej jakości snu.

Nieprawidłowy układ funkcjonalno-przestrzenny i wykorzystanie niewłaściwych elementów wyposażenia wewnątrz sprzyjają większej częstotliwości pojawiania się niepożądanych zdarzeń na terenie oddziałów. Analizując cechy środowiska fizycznego w obiektach szpitalnych, można zidentyfikować miejsca szczególnie niebezpieczne dla pacjentów psychiatrycznych. Dotyczy to zwłaszcza miejsc ukrytych, ciemnych, nie kontrolowanych przez personel oraz elementów aranżacji i wyposażenia przestrzeni sprzyjających zachowaniom agresywnym i autoagresywnym. Zarówno funkcja determinująca pojawianie się niebezpiecznych stref, jak i kształt oraz elementy wnętrza stanowią o poziomie bezpieczeństwa w szpitalu i na oddziałach. Układ funkcjonalny może uniemożliwiać skuteczną obserwację pacjentów, a elementy wnętrza mogą stanowić zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów w kontekście m.in. aktów suicydalnych. Niebezpieczeństwo stanowi znaczna ilość tzw. punktów powieszenia (szczególnie w starych obiektach), a także brak możliwości obserwacji pacjentów [4]. Ma to wpływ na decyzję o podjęciu próby samobójczej ze względu na dostępność środków sprzyjających możliwości realizacji celu.

Nieprawidłowo skonstruowana przestrzeń szpitala może utrudniać kontakt z odwiedzającymi. Brak odpowiednich warunków wymusza wejście odwiedzających na

teren oddziału i korzystanie z pomieszczeń nie przeznaczonych do tego celu. Stanowi to również znaczne naruszenie intymności pozostałych chorych.

Z powodu konstrukcji polskiego prawa racjonalna modernizacja szpitali psychiatrycznych może być utrudniona, a czasem niemożliwa. Decydujące znaczenie w przypadku obiektów modernizowanych, szczególnie tych objętych ochroną konserwatorską, mają decyzje lokalnych konserwatorów zabytków. Modernizacja obiektu zgodna z wytycznymi konserwatorskimi, chroniąca elementy jego tkanki historycznej oraz możliwa ze względów techniczno-budowlanych, może być nieracjonalna i niecelowa z punktu widzenia sposobu użytkowania (szpital psychiatryczny). Wytyczne konserwatorskie mogą utrudnić lub całkowicie zablokować daleko idące, choć uzasadnione zmiany.

Dostosowanie istniejących obiektów szpitalnych do aktualnych przepisów jest warunkiem koniecznym dla ich dalszego funkcjonowania, jednak niewystarczającym dla zapewnienia pacjentom i personelowi medycznemu godnych, odpowiadających współczesnym standardom warunków pobytu i pracy w szpitalu.

Obowiązujące przepisy dotyczące leczenia psychiatrycznego i wynikająca z nich konstrukcja środowiska zbudowanego nie określają wszystkich istotnych dla szpitala psychiatrycznego rozwiązań. Obowiązujące akty prawne nie definiują wyczerpująco sposobu zabezpieczenia przestrzeni szpitala psychiatrycznego. Są to regulacje sformułowane w sposób bardzo ogólny. Nie definiują np. wdrożenia rozwiązań w zakresie prewencji samobójstw czy też zapobiegania innym niepożądanym zdarzeniom.

Zapewnienie zatem a priori warunków podstawowych wynikających z obecnych regulacji prawa stanowionego i a posteriori prawidłowej przestrzeni szpitala psychiatrycznego, dla obiektów modernizowanych szpitali psychiatrycznych wobec powyżej zdefiniowanych problemów, wydaje się często niemożliwe.

Konieczna jest gruntowna zmiana w podejściu do infrastruktury szpitali psychiatrycznych, zarówno w praktyce projektowej, jak i w sposobie zarządzania, koordynowania zmian w istniejącej infrastrukturze. Również istotne wydaje się wprowadzenie zmian w zakresie prawa stanowionego odnośnie do konstrukcji środowiska zbudowanego (architektury) szpitali psychiatrycznych. Istniejące zapisy w kontekście rozwiązań praktykowanych na świecie, jak i postępu w leczeniu psychiatrycznym wydają się niewystarczające.

Istotne znaczenie ma upowszechnienie zasad projektowania architektonicznego poprawiającego bezpieczeństwo pacjentów, zapewniającego im godność, intymność oraz prywatność, a także prawidłowe warunki pracy dla personelu szpitali psychiatrycznych.

## Piśmiennictwo

1. Bil J. *Współczesne projektowanie obiektów służby zdrowia oparte na dowodach naukowych*. Przestrzeń Forma 2014; 22(1): 69–80.
2. Sadler BL, DuBose J, Zimring CM. *The business case for building better hospitals through evidence-based design*. HERD 2008; 1(3): 22–39.

3. Dz. U. z dnia 29 czerwca 2012, poz. 739. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
4. Tishler CL, Staats Reiss N. *Inpatient suicide: preventing a common sentinel event*. Gen. Hosp. Psychiatry 2009; 31: 103–109.

Adres: Jakub Bil

Wydział Architektury i Sztuk Pięknych

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

30-705 Kraków, ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1

Otrzymano: 24.02.2016

Przyjęto do druku: 10.04.2016